ACTA DEL SUPERVISOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACIÓN BÁSICA

DÍA MES AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR	ÁREA O DEPENDENCIA
01/ 06 /2026	LINA MARIA MAFLA OSPINA	OFICINA JURIDICA

II. INFORMACIÓN CONTRATO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA: CAROLINA ZULUAGA ARANGO

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: 1.094.945.444

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PFOFESIONALES **CONTRATO N°002-2026**

FECHA DEL ACTA DE INICIO: 15/01/2026 **FECHA DE TERMINACIÓN:** 14/06/2026

CDP: 0025 **RP:** 0005 **Código (Rubro Presupuestal):** 2.1.2.02.02.008.02_2

CDP ADICIÓN **RP ADICIÓN** **Código (Rubro Presupuestal):**

VALOR TOTAL: $15.000.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA-AHORROS

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $3.000.000 **CUENTA N°:** 4884 0300 5280

SALDO RESTANTE $1..400.000 **FORMA DE PAGO:** El valor total del contrato será cancelado al CONTRATISTA mediante un **primer pago**, correspondiente al período comprendido desde la suscripción del acta de inicio y hasta el treinta y uno (31) de enero de 2026, el cual se liquidará de manera proporcional al tiempo efectivamente ejecutado dentro de la prestación del servicio; **posteriormente, se efectuarán cuatro (4) pagos mensuales vencidos**, cada uno por la suma de **TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000)**, los cuales se realizarán dentro del término de ejecución del contrato; **finalmente**, se realizará **un último pago**, equivalente al saldo restante del valor total del contrato. Los pagos estarán supeditados a la verificación del cumplimiento de obligaciones por parte del contratista, verificación del pago de la seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y el visto bueno por parte del funcionario encargado de ejercer la vigilancia y control. No obstante, la forma de pago prevista, queda sujeta a la situación de los recursos del plan anual mensualizado de caja PAC.

PERIODO A PAGAR: 01 DE MAYO DE 2026- 31 DE MAYO DE 2026

No. Planilla de Aportes:	9503681014
Pago de Pensión:	$ 280.200
Pago de Salud:	$218.900
ARL:	$ 9.200

SOPORTES:

1.	Informe del Contratista:		(2) Folio(s)
2.	Acta del Supervisor:		(1) Folio(s)
3.	Documento de Cobro o Factura		(1) Folio(s)
4.	Planilla integrada de seguridad social Comprobante de pago Seg. Social		(1)Folio(s) (1) Folio(s)
5.	Otros:	• CD con evidencias • Estampilla Prohospital • Acta de inicio (solo primera cuenta) • Declaración juramentada y soportes si aplican (solo primera cuenta) • Registro Presupuestal (solo primera cuenta) • Certificación Bancaria (solo primera cuenta)	(0) CD(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio(s) (0) Folio (s) (0) Folio (s)

Scanned with CamScanner

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: **TRES MILLONES DE PESOS MCTE. ($3.000.000)**

QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO ___ SEGUNDO ___ TERCERO ___ CUARTO ___ QUINTO X SEXTO ___
SÉPTIMO ___ OCTAVO ___ NOVENO ___ OTROS ___ CUAL: ___

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Parágrafo 1° del Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y los demás soportes que contempla el numeral 23 de la Resolución Interna No. 315 del 25 de julio de 2014.

Lina Maria Mosquera

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOTA: Certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en las oficinas respectivas de la dependencia, debidamente foliadas y archivadas.

Scanned with CamScanner